

अनिवार्यता प्रमाणपत्र / ESSENTIALITY CERTIFICATES

प्रमाणपत्र 'क' / CERTIFICATE 'A'

(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें उपचार के लिए

अस्पताल में भर्ती न किया गया हो)

(To be completed in the case of Patients who are not
Admitted to Hospital for Treatment)

भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान, शिक्षा मंत्रालय में नियुक्त कर्मचारी _____ के
पुत्र/सुपुत्री/पत्नी _____ को दिया गया प्रमाण पत्र

Certificate granted to _____ S/o/D//o/W/o _____ of
employed in the I.C.S.S.R., Ministry of Education.

मैं डॉ. _____ इसके द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ
I _____ hereby certify:

(क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/ भा.सा.वि.अ.प. कार्यालय/अस्पताल में दिनांक _____ (तारीखें दी जाए)
को _____ परामर्श के लिए _____ रूपे प्रभारित एवं प्राप्त किए।

(a) That I charged and received Rs. _____ for _____ Consultations
on _____ to continue (dates to be given) at my consulting room/ICSSR office/Hospital

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में/रोगी के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए) _____ को
अन्तःपेशी/अधस्त्वक इंजेक्शन देने के लिए _____ रूपये प्रभारित एवं प्राप्त प्राप्त किए।

(b) that I charged and received Rs. _____ for administering _____ Intravenous/intra-
muscular/subcutaneous injections on _____ (dates to be given) at
_____ my consulting room/the residence of the patient:

(ग) कि दिए गए इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोध के लिए थे/नहीं थे।

(c) That the injections administered were not/were for immersing or prophylactic purposes:

(घ) कि रोगी का उपचार _____ अस्पताल में/मेरे परामर्श कक्ष में हुआ है और इस संबंध
में मेरे द्वारा नुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधि रोगी की हालत को ठीक करने/गंभीर रूप से खराब होने से
रोकने के लिए अनिवार्य थी। ये औषधि _____ अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के
लिए स्टॉक नहीं की जाती है और _____ से _____ तक मेरे उपचार में है/था।

(d) That are patient has been under treatment at: _____

Hospital my consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this
connection were essential for the recovery/prevention of serious Deterioration in the condition of the
patient. The medicines are not stocked in the _____ and is/was under my treatment
from _____ to Continue.

(ड.) कि रोगी _____ से पीड़ित है/था और _____ से _____ तक मेरे उपचार में
है/था;

(e) That the patient is/was suffering from _____ and is /was under my treatment
from _____

(च) कि रोगी की जन्म पूर्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्सा की गई/नहीं की गई है/थी:-

ये औषधि _____ (अस्पताल का नाम) अस्पताल में प्राइवेट रोगियों को देने के लिए स्टॉक नहीं की जाती है और उनमें ये पेटेंट (एकस्व) औषधियां शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा मान के सस्ते द्रव्य उपलब्ध हैं न ही ये औषधियां मूलतः खाद्य, प्रसाधन सामग्री अथवा निःसंक्रामक हैं।

(f) That the patent is/was not given pre-natal of postnatal treatment:

(Name of Hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic values are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्र.सं./S.No.	दिनांक/Date	बिल सं./Bill No.	विवरण/Particulars	राशि (रु. में)-/Amount (in Rs.)-
---------------	-------------	------------------	-------------------	----------------------------------

(छ) कि जिन एक्सरे, प्रयोगशाला जांच आदि के लिए _____ रुपए खर्च किए थे वे आवश्यक थे और वे मेरी सलाह से _____ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) में किए गए थे।

(g) That the X-ray, laboratory test, etc. For which an expenditure of was incurred was necessary and were undertaken on my advice at _____ (name of the hospital or laboratory)

(ज) कि मैंने रोगी को विशेष परामर्श के लिए डॉ. _____ के पास भेजा था और _____ का (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) नियमों के अनुसार यथापेक्षित आवश्यक अनुमोदन प्राप्त कर लिया गया था।

(h) That I referred that patient to _____ for specialist consultation and that the necessary approval of the _____ (Name of the chief Administrative Officer of the State) as required under the rules was obtained:

(झ) कि रोगी को अस्पताल में रखना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था।

(j) That the patient did not require/required hospitalization.

दावाकर्ता के हस्ताक्षर/ Signature of claimant

प्राधिकृत चिकित्सक/
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
एवं पदनाम तथा उस अस्पताल/
चिकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है
Signature of AMA/Designation of
Medical Officer and Hospital/
Dispensary to which attached

दिनांक/ Date: _____